



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO SÍNDROME DE TURNER

PCDT / CID 10: Q 96.0 / Q 96.1 / Q 96.2 / Q 96.3 / Q 96.4 / Q 96.8

1. Medicamentos

Somatropina 4 UI, 12 UI – frasco-ampola.

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico Padronizado (CEAF)**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Formulário específico- Síndrome de Turner- monitoramento do tratamento.**

2.3. Exames

Solicitação inicial

- Cariótipo;
- Curva de crescimento no último ano (**OMS OU NCHS**);
- TSH;
- T4 livre;
- Laudo de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea;
- Glicemia de jejum;

Renovação a cada 6 (seis) meses

- Glicemia de jejum-**anual**;
- Hormônio estimulador da tiroxina (TSH) -**anual**;
- Laudo de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea - **anual**;
- Dosagem de IGF-1-**anual**;
- Curva de crescimento no último ano (**OMS OU NCHS**);

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista, ENDOCRINOLOGIA/PEDIÁTRIA;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. 15, de 09 de Maio de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Síndrome de Turner;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

<https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmacutica/>

(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

SOMATROPINA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **somatropina**, indicada para o tratamento da **Síndrome de Turner**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo (a) médico (a) _____ (nome do (a) médico (a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer o benefício do aumento da altura e velocidade de crescimento.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- somatropina: medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- efeitos adversos da somatropina: reações no local da injeção, como dor, inchaço e inflamação. Algumas reações mais raras incluem dor de cabeça, dor nos músculos, fraqueza, aumento da glicose no sangue, resistência à insulina, dor no quadril e/ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo;
- os medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() sim () não

| | | |
|---|---------------|-----|
| Local: | Data: | |
| Nome do paciente: | | |
| Cartão Nacional de Saúde: | | |
| Nome do responsável legal: | | |
| Documento de identificação do responsável legal: | | |
| _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal | | |
| Médico Responsável: | CRM: | UF: |
| _____ Assinatura e carimbo do médico | _____ Data | |

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Síndrome de Turner

Paciente: _____

DN: ___/___/___

Tempo de diagnóstico: _____

CNS: _____

Sexo: () F () M

O paciente com diagnóstico de Síndrome de Turner? () Sim () Não

Peso atual: _____ Kg Data: ___/___/___

Altura atual: _____ cm Data: ___/___/___

Idade cronológica: _____ Idade altura: _____
anos

Percentil da altura: _____ (escala **OMS OU NCHS**)

AVALIAÇÃO LABORATORIAL:

Glicose: _____

TSH: _____

T4 livre: _____

Idade óssea: _____

Cariótipo: _____ Data: ___/___/___

Paciente apresenta doença neoplásica maligna ativa? () Sim () Não

Paciente apresenta Hipertensão intracraniana benigna? () Sim () Não

Paciente apresenta Retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa? () Sim () Não

Paciente possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

O paciente faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? _____

O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Caso o paciente já tenha usado medicamentos para tratar esta condição clínica, o paciente apresentou falha no tratamento? () Sim () Não

Se sim, Qual (ais) medicação (ões)? _____

Outros dados clínicos relevantes:



ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(a) Paciente vai utilizar ____UI de somatropina ____UI/frasco, que equivale a ____ml ou ____ unidade na seringa de insulina, ____ vezes por semana

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em ml: $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em MI} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$

O diagnóstico de entrada é compatível com Síndrome de Turner. CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Síndrome de Turner, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ____/____/____



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

- Paciente: _____
- DN: ____/____/____
- Sexo: () F () M
- Durante esta última cota do GH, a média de velocidade de crescimento foi de: _____ cm/ano.
- Dados das consultas anteriores:

| DADOS | DATA | DATA | DATA |
|-------------------|------|------|------|
| Idade cronológica | | | |
| Peso em quilo | | | |
| Altura em cm | | | |
| Idade altura | | | |
| Idade peso | | | |
| Idade óssea | | | |
| Glicose | | | |
| IGF-1 | | | |
| TSH | | | |

Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.

Outras observações pertinentes:

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data preenchimento: ____/____/____

Assinatura e carimbo (CRM/RQE): _____

Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(a) Paciente vai utilizar ____ UI de somatropina ____ UI/frasco, que equivale a ____ ml ou ____ unidade na seringa de insulina, _____ vezes por semana

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em ml: $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em MI} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

| | 7- Medicamento(s)* | 8- Quantidade solicitada* | | | | | |
|---|--------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 1º mês | 2º mês | 3º mês | 4º mês | 5º mês | 6º mês |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do
Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ **AUTORIZO**
Nº CNS
_____, portador do documento de identidade
Nome completo do representante
nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço
Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município
Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu
Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE
Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida,
Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante